



La Gestion des risques *par le* Retour d'Expérience

Les méthodes d'analyses des causes profondes

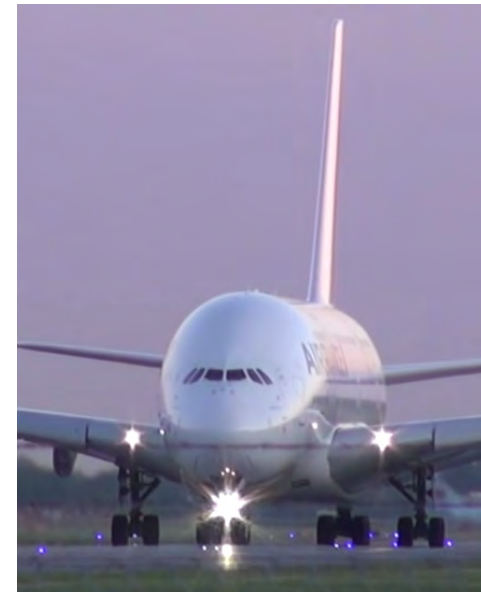
Partager, Analyser, Corriger

Dominique Arickx

Qui sommes-nous?

AFM42...

- **Société privée issue du groupe Air France**
- **Diffuse le savoir faire acquis dans le milieu aérien**
 - **Transfert méthodologique**
 - ✓ vers d'autres compagnies
 - ✓ vers l'industrie et les services
(SNCF, Airbus, Accor, France Telecom, Santé,...)
 - **Recherche et développement**
 - ✓ détection des risques systémiques
 - ✓ changements de paradigme et de culture
 - ✓ compétence



Présentation

- ☐ La Sécurité de l'Aérien à la Santé
- ☐ La démarche REX par le partage et l'analyse
- ☐ Organiser le REX
- ☐ Les méthodes d'analyse et l'aide de la SRA
- ☐ L'outil que nous proposons : ORION
- ☐ Les causes profondes et le facteur humain
- ☐ Les Bonnes Pratiques de Sécurité
- ☐ Questions



La sécurité

de l'aérien à la Santé

Les points communs Santé/Aéronautique



- **L'enjeu vital**
- **La nécessaire rigueur professionnelle**
- **La situation dynamique et sa contrainte temps**
- **Les imprévus**
- **Les contraintes économiques**

Evolution de la culture sécurité dans l'aérien

Pas de changement technique majeur depuis 20 ans dans le Transport Aérien et pourtant :

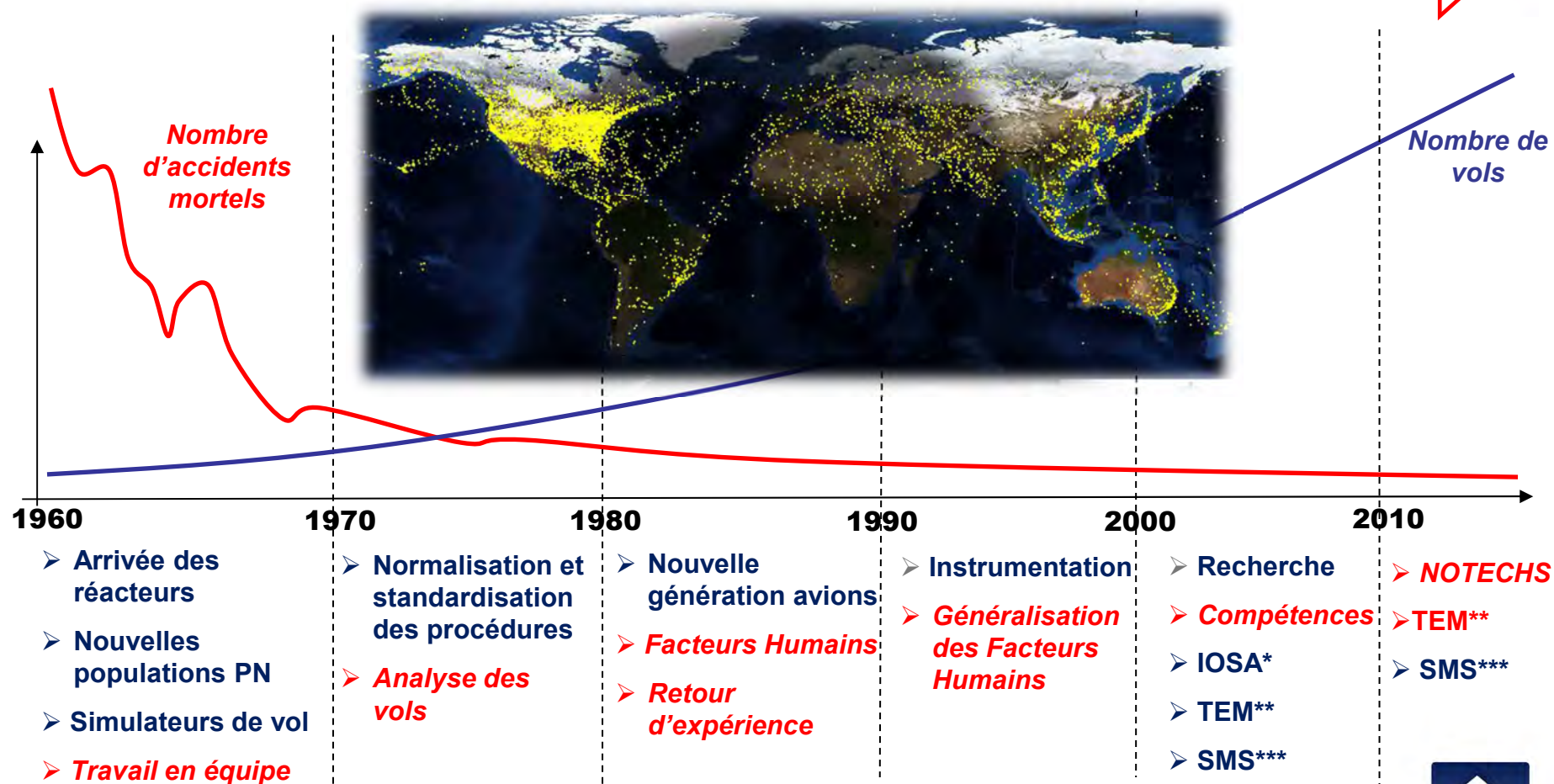
- **Le Transport Aérien est :**
 - ❑ **8 fois plus sûr qu'il y a 10 ans**
 - ❑ **20 fois plus sûr qu'il y a 20 ans**
- **Accidents avec décès des 5 dernières années :**
 - ❑ **2012/2017 : 1/ 3,2 millions de vols**

5 bons numéros au loto 1/1,9 millions...

1 accident tout les 8800 ans en prenant l'avion tous les jours...

Une longue mise en œuvre dans l'aérien...

50 ans d'apprentissage ...
et d'exploitation du retour d'expérience dans les domaines
Technique, Humain, Environnemental et Organisationnel



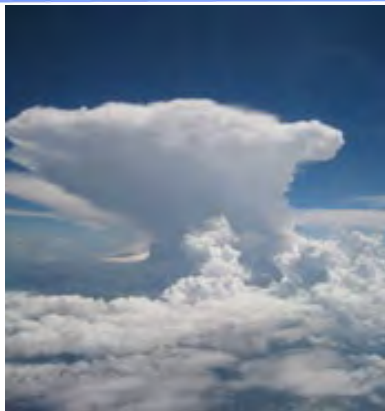
* IATA Operational Safety Audit

** Threat and Error Management (Gestion des erreurs et des menaces)

*** Safety Management System (Système de Gestion de la Sécurité)

© Société AFM 42 – Tous droits réservés

Les retours...



10/12/2019

© Société

A340 ATERRISSAGE DUR

CDG-BKO

Atterrissage ressenti comme dur.

Actions et commentaires

ATL renseigné. L'Analyse des Vols confirme l'atterrissage dur.

A319 ATERRISSAGE LONG EN PISTE 08R A CDG

MRS-CDG

Tout est nominal jusqu'à l'arrondi mais l'avion plane au-dessus du sol à 1 ou 2 ft. Le PM croit qu'il s'agit d'un "kiss landing" mais se rend compte que l'avion n'a pas encore touché le sol. Il signale tardivement la situation au PF. Finalement l'avion touche le sol, certainement au-delà des 600 m du seuil de piste.

Actions et commentaires

L'analyse des paramètres du vol confirme l'atterrissage long.
L'OSV reviendra vers l'équipage.

A319 PERCUSSION TOBOGGAN

CDG-TXL

Doutes quant à la présence de glace sur les extrados. Vérification au niveau des issues d'ailes. Le doute persistant, et oubliant l'armement par défaut des toboggans, ouverture issue gauche. Percussion du toboggan. Absence de personnel sol au niveau de la zone de déploiement. Pas de blessé.

Actions et commentaires

Investigation vers formation pour voir quand ce point est abordé en qualif de type.

A318 PROCEDURE ARRIVEE NON RESPECTEE

LIN-CDG

Avion en panne d'APU, escale informée par Acars

L'agent en charge de l'arrivée se branche et annonce "avion calé au train avant et au train principal", alors que le GTR2 est en toujours en fonctionnement.

Non respect de la procédure d'arrivée non standard.

Actions et commentaires

CDG MC Investigué le 11 décembre.

L'agent s'est trompé dans la procédure non-standard.

Un rappel sera porté à l'ensemble des équipes piste du MC via affichage SECURIVOL, cela sera également relayé au prochain briefing piste.

A380 ANOMALIE INDICATIONS FD ET HUD PENDANT LA MONTEE INITIALE

CDG-JFK

Au sol CAT 3 DUAL INOP sans raison apparente. Opl PF au décollage. Au moment d'accélérer il constate que l'assiette demandée par son FD et HUD est trop forte, constat qu'il ne suit pas les indications du FD CDB. Les vitesses affichées sont les mêmes sur les trois horizons. L'attitude demandée par le FD/HUD OPL ferait régresser la vitesse. Puis apparaît au MCDU MSG LIST : FMS1/FMS2 SPEED TARGET DISAGREE. Pas d'alarme ECAM. Passage Air Data sur 3 ce qui met fin au problème. Reset FMC B sans résultat.

Actions et commentaires

Investigation envoyée à la Maintenance.

Demande Pôle technique à Airbus pour consignes opérationnelles.

A380 CREVAISON D'UNE ROUE DU TRAIN AVANT

ABJ-CDG

Lors du demi-tour sur piste pour l'alignement, apparition de l'alarme « Wheel tyre low press » à l'ECAM, et la pression de la roue avant droite diminue jusqu'à zéro. Retour en autonome au parking.

La prévention pour parer à l'incident...

**Un établissement sûr n'est pas un
établissement qui n'a pas d'accidents...**

**... c'est un établissement qui a mis en
œuvre un système de prévention efficace**

Cinq questions que l'établissement doit se poser

1. La sécurité est-elle une de nos priorités ?
2. Acceptons-nous de consacrer du temps à la sécurité ?
3. Avons-nous identifié ce que nous ne voulons pas voir arriver ?
4. Sommes nous prêts à entendre ce que le système va nous dire ?
5. Sommes-nous prêts à faire évoluer nos pratiques ?

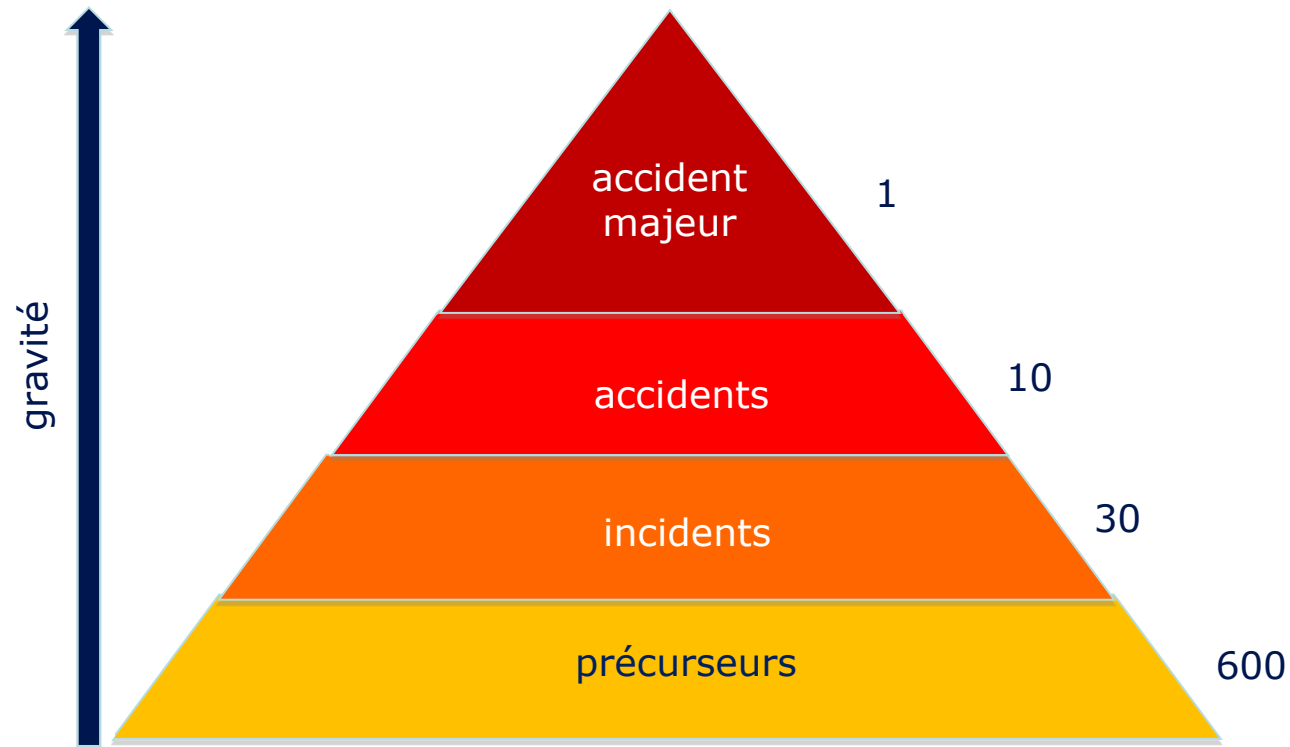
Prévention d'un EIG ...

Les écarts ou anomalies produisant les accidents ont généralement été décelés lors d'incidents antérieurs, souvent sans conséquence

Ce sont les « précurseurs »

Lorsqu'ils deviennent **fréquents**, ils sont le signe d'une **forte exposition aux risques d'incidents graves et d'accidents** et doivent être traités avec la même attention qu'un EIG*

Le système nous parle ...



Pyramide de Bird (1969) – Heinrich (1931)

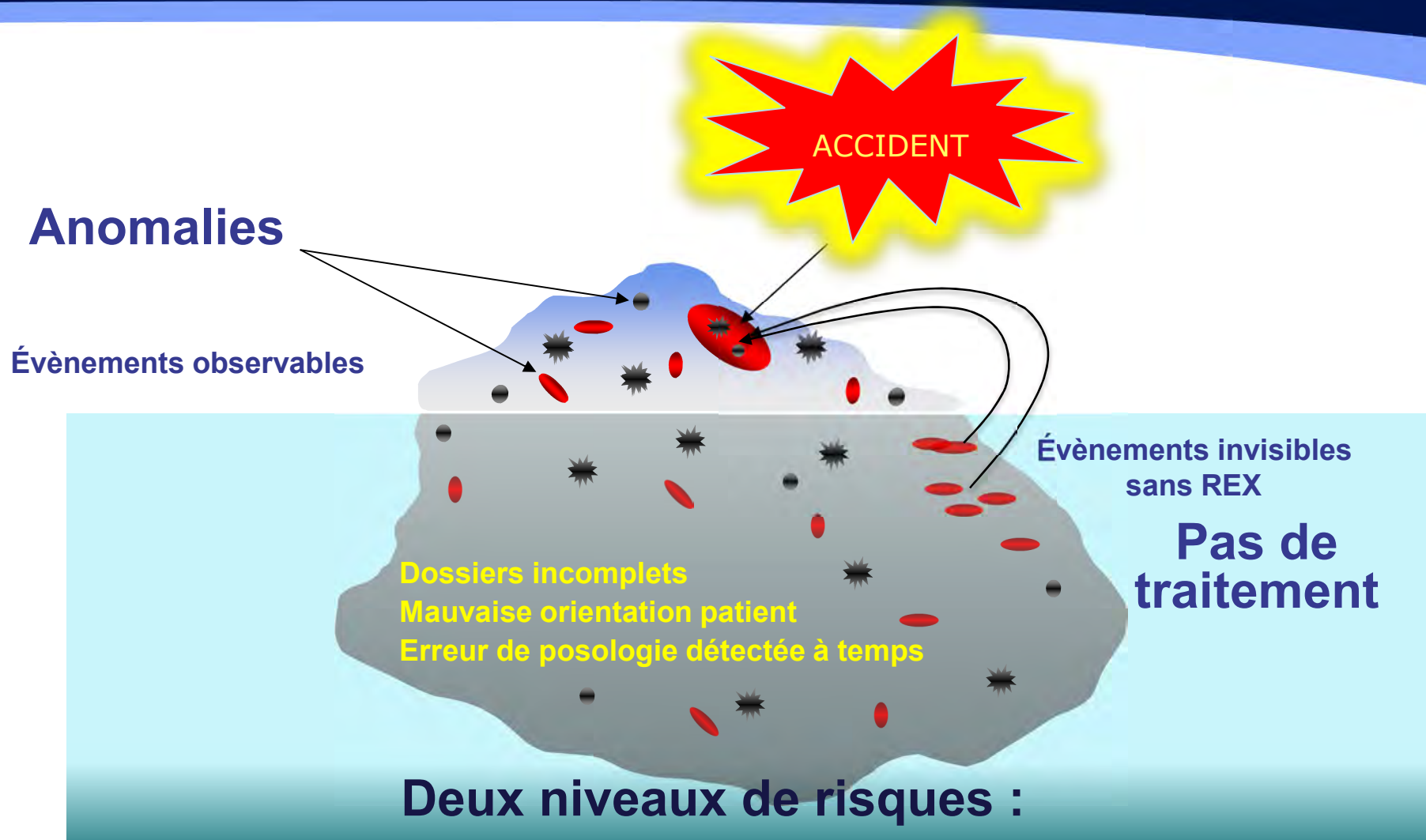
Le retour d'expérience



Le REX

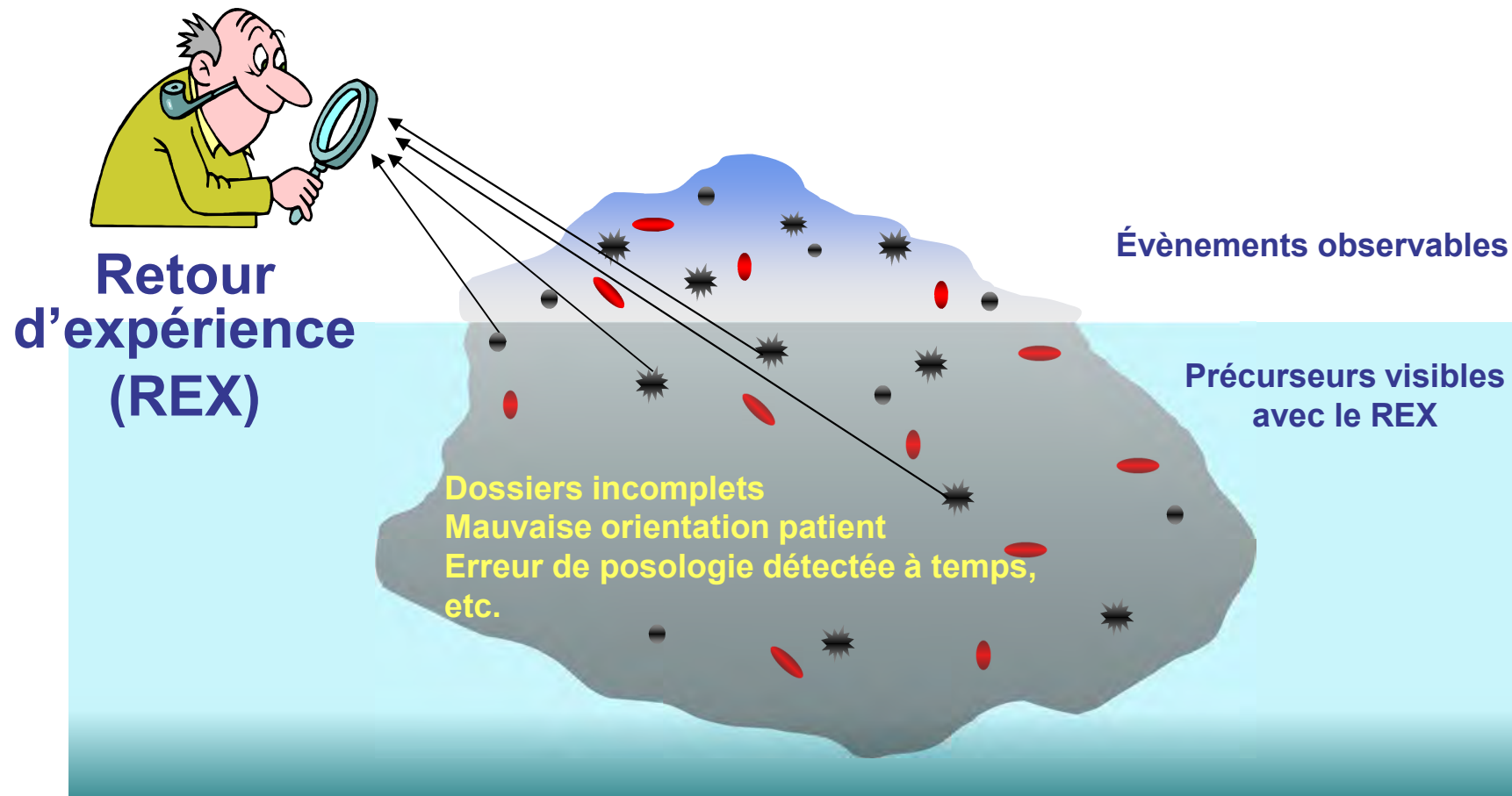
Partager, Analyser, Corriger

Visibilité sur les précurseurs...



- 1- Pas de visibilité sur les précurseurs
- 2- Visibilité sur les précurseurs, mais pas de traitement

Visibilité sur les précurseurs et action



Visibilité sur les précurseurs et mise en œuvre d'actions correctives

Une nécessité : partager nos erreurs



Partage des erreurs dans l'aérien... et la santé

SÉCURITÉ DES VOLS **Safety**

Destinataires : Pilotes BOEING

ASIANA 214, San Francisco

Par grand beau temps, l'avion est en approche : haut sur le plan, le glide est HS. Quelques minutes percute la digue et s'écrase sur la piste 28L.

François PEYTOUR
COB 777 / OSV

CREX magazine PUI

C'est arrivé près de chez nous ...
(zoom sur l'événement du mois)

Une bouteille de Kalinox a été distribuée à un service mais n'a pas été tracée dans le logiciel dédié aux fluides médicaux : STELIO

La comptable n'a pas retrouvé, lors de la facturation des fluides, l'UF utilisateur de cette bouteille.

Il n'a pas été possible de savoir quand, ni quel PPH s'est chargé de la délivrance (pas de code nominatif sur STELIO). Il semble cependant que la méconnaissance de l'outil STELIO soit à l'origine de l'erreur.

LE CRÉDIT Dans un premier temps, la procédure va être validée et intégrée dans QUALIOS. Une fois la procédure lue par tous les PPH non formée à la délivrance des bouteilles, un PPH expérimenté se chargera de les former en pratique.

En parallèle, une demande sera faite auprès de STELIO afin de voir s'il est possible d'obtenir des codes de connexion pour chaque utilisateur (responsables de la mise en œuvre: D.DIRAND, F.CONSTANS, JP PARIS)

Chiffres clés :

Ce mois-ci : 5 déclarations d'événements indésirables : 3 déclarations Médicaments

Agenda

Prochain Cres PUI : 31 janvier 2017

Diéon du mois :

En 2017, déclare à en perdre la tête !!

Dans le monde

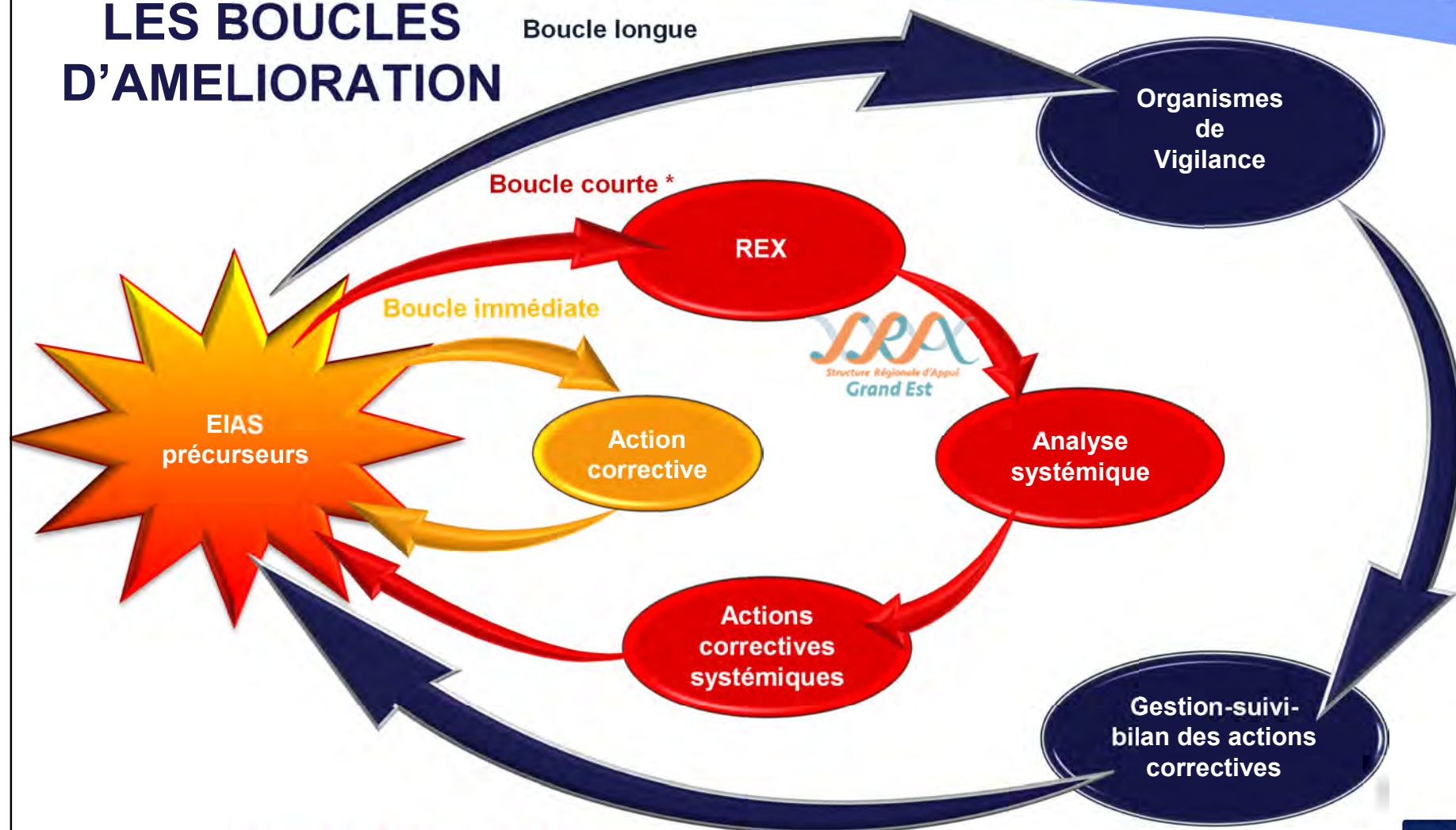
Avec deux questions en tête:

1. Comment ça s'est passé?
2. Qu'aurais je fait à leur place?

AFM42

Performance et expérience

LES BOUCLES D'AMELIORATION



* Boucle courte = CREX/RMM

Vous êtes : PROFESSIONNEL_SANTE

Vous souhaitez déclarer : EIGS_VOLET1

Informations sur le déclarant

Catégorie déclarant	
Vous déclarez en qualité de ?	
Veuillez préciser votre catégorie professionnelle	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
Adresse électronique	
Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice	
N° FINESS géographique de l'établissement	

Informations sur le patient / résident exposé à l'EIGS

Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l'événement ?	
Sexe	
Age (tranche)	
En cas de grossesse, veuillez préciser quand est survenu l'EIGS en semaines d'aménorrhée (SA)	

Circonstances de l'évènement

Date de constat de l'évènement	
Lieu de constat de l'évènement	

Le lieu de constat est-il différent du lieu de survenue de l'événement ?	
Département de survenue	
Qu'avez-vous constaté ?	
Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée ?	
Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient avant la survenue de l'EIGS ?	
Quel est l'acte de soin impliqué dans l'événement ?	
Quelles sont vos premières hypothèses de	

Les autres conséquences constatées au moment de la déclaration

A votre connaissance, l'événement a-t-il eu également des conséquences pour le personnel ?	
Si oui, précisez	
A votre connaissance, l'événement a-t-il eu également des conséquences pour la structure ?	
Si oui, précisez	
A votre connaissance, l'événement a-t-il eu d'autres conséquences ?	
Si oui, précisez	

Mesures immédiates prises pour le patient/résident

Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient / résident ?	
Si "oui" veuillez indiquer si les mesures prises concernent ?	
Détaillez les mesures prises	
Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/résident ?	

Mesures immédiates prises pour les proches

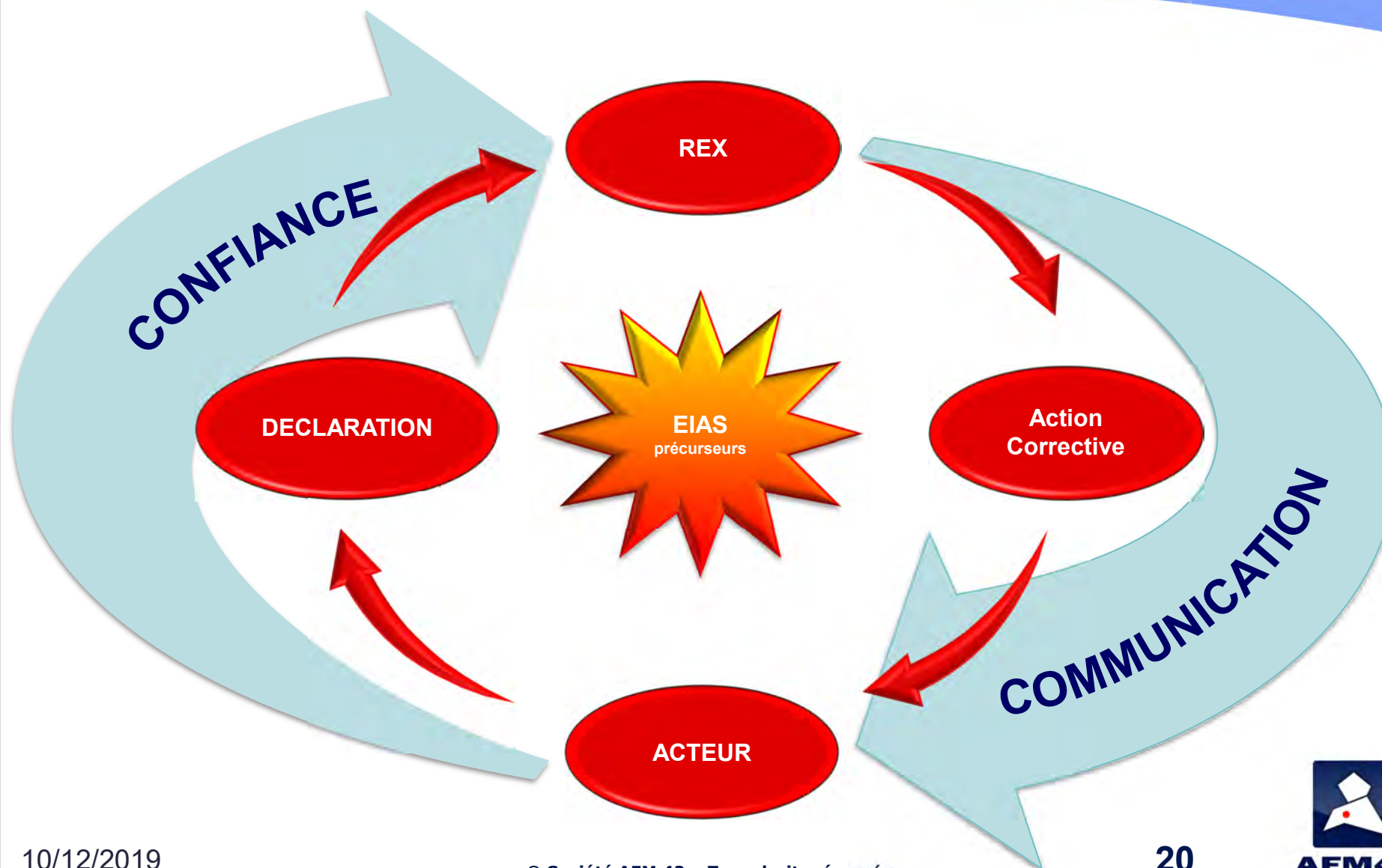
Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée aux proches ?	
--	--

Autres mesures

Y-a-t-il déjà eu une réunion entre l'équipe soignante concernée et l'équipe de direction ?	
Y-a-t-il déjà eu des mesures prises pour le soutien du personnel ?	
Une information a-t-elle été communiquée ?	
Si oui, à qui ?	
Pensez-vous que l'événement soit maîtrisé ?	

Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS	
Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaires à l'analyse approfondie de cet événement ?	
Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ?	



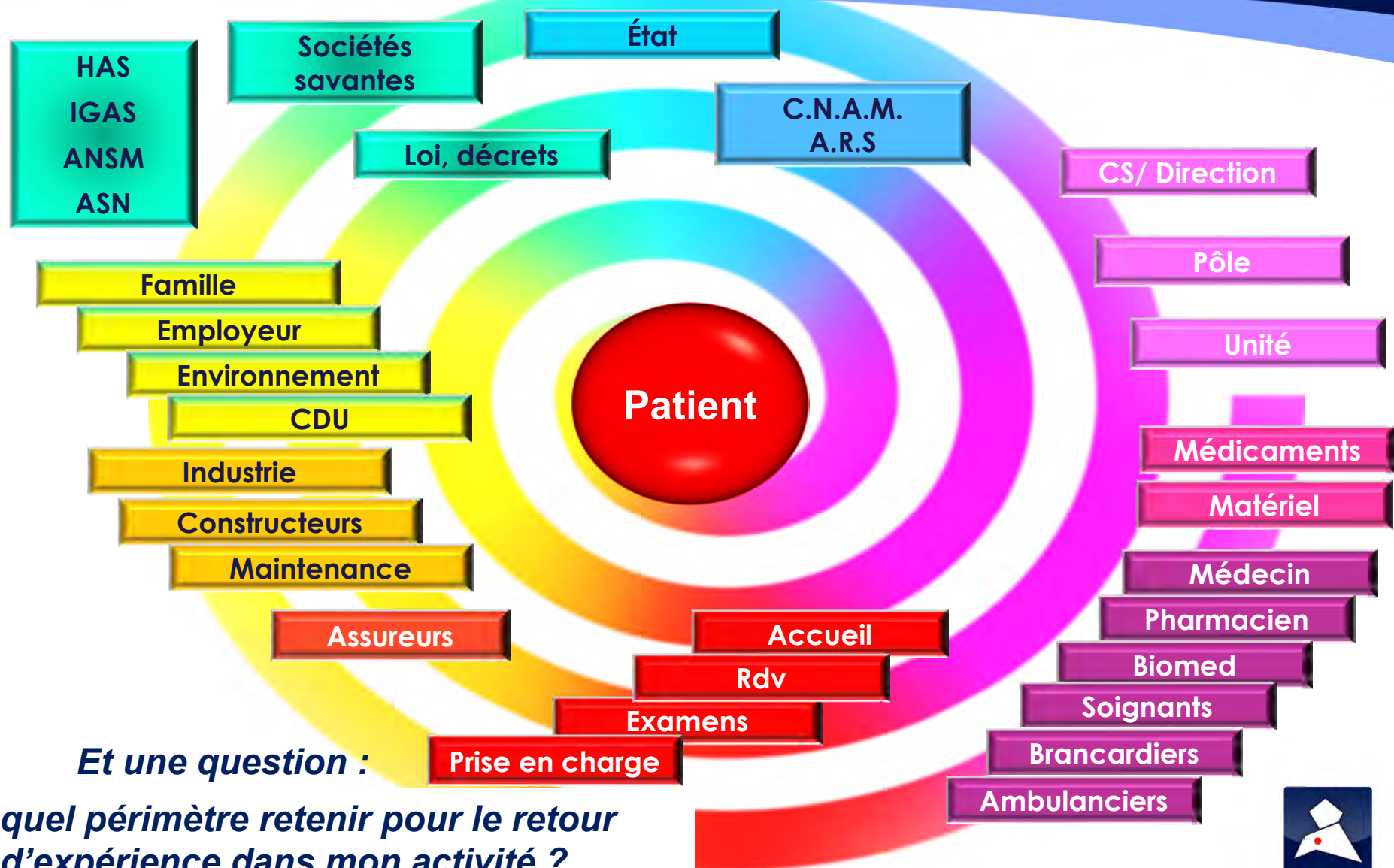
Le retour d'expérience



Organiser le REX

Partager, Analyser, Corriger

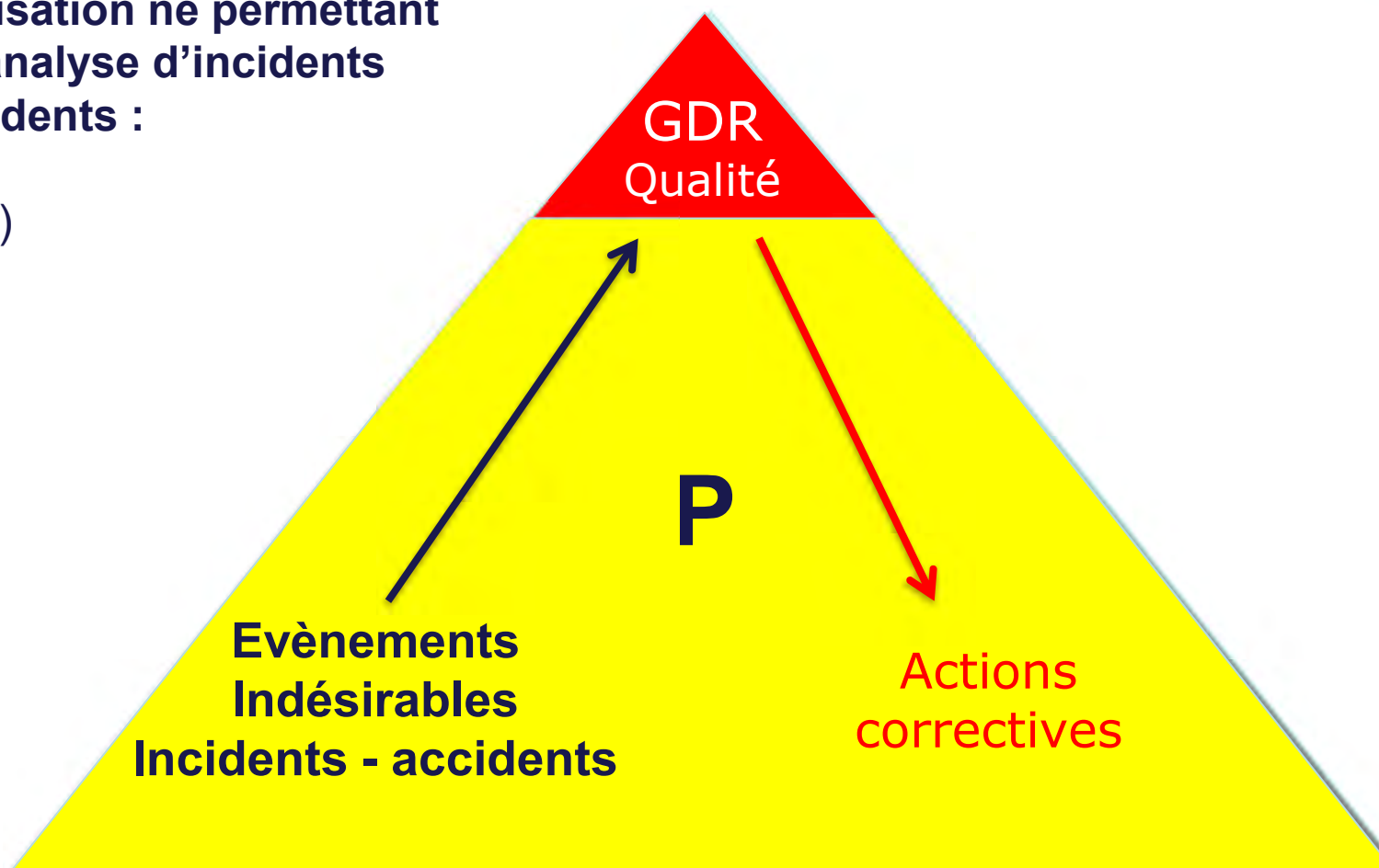
Le système complexe de la santé



Quel périmètre dans l'établissement ? (1)

Organisation ne permettant
que l'analyse d'incidents
et accidents :

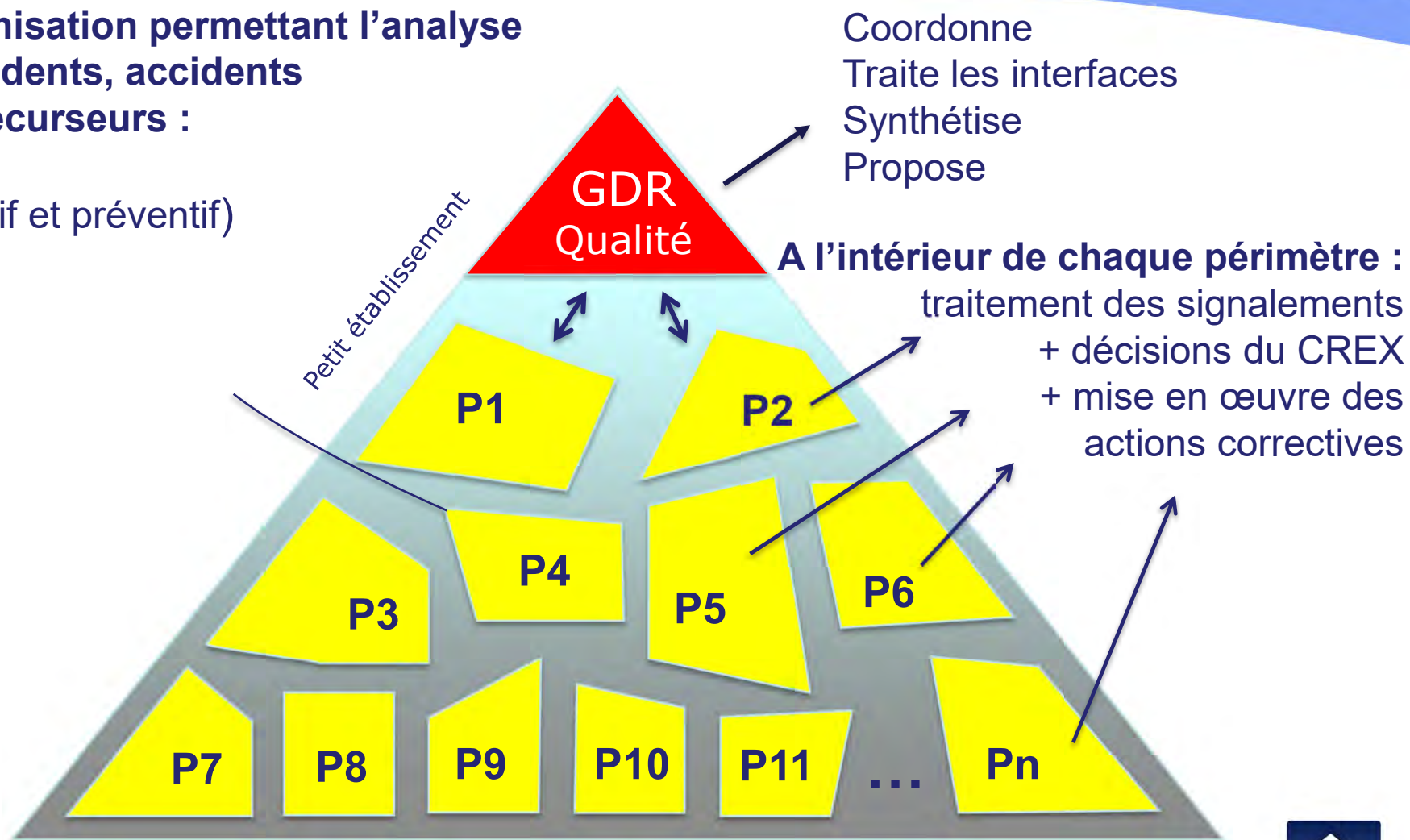
(réactif)



Quel périmètre dans l'établissement ? (2)

Organisation permettant l'analyse
d'incidents, accidents
et précurseurs :

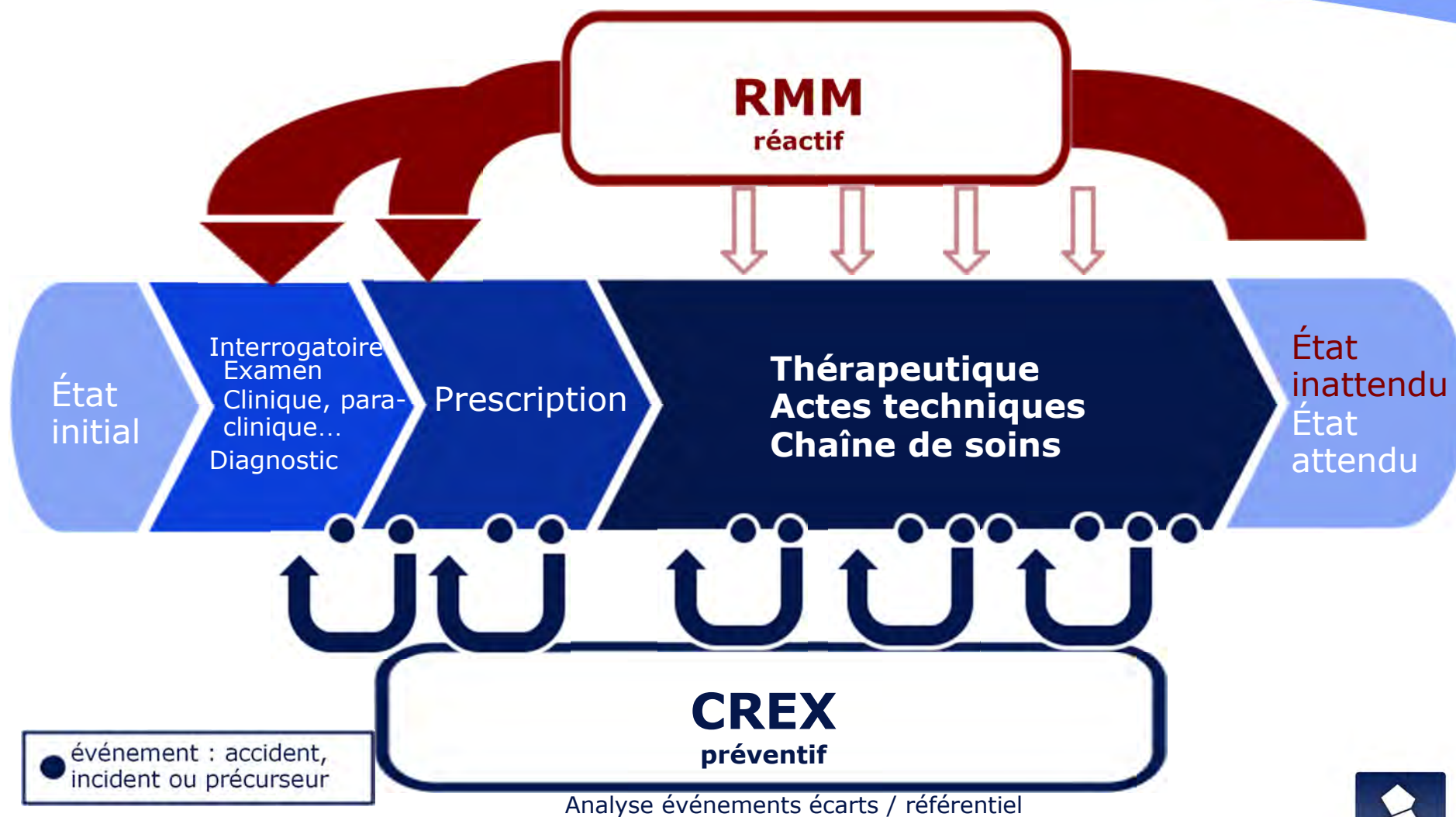
(réactif et préventif)



Le REX, un outil de management

- Une organisation à **échelle humaine** (*à l'intérieur d'un périmètre les acteurs se connaissent*)
- Une organisation et un traitement du retour d'expérience qui **implique** et responsabilise chaque acteur
- Une responsabilisation en forme de **reconnaissance** du rôle de chacun
- Une reconnaissance des personnes qui crée la **motivation**
- Une motivation qui permet à l'organisation de **progresser**
- Pas de motivation => pas de déclaration !

RMM et CREX



CREX ou paravalanches...



La méthode :

Ne pas vouloir tout faire, mais faire ce qu'on a décidé

1. **Instaurer une culture de signalement des événements**
2. **Décider en réunion RMM/CREX d'analyser un événement**
3. **Analyser cet événement par une méthode d'analyse systémique**
4. **Présenter cette analyse en réunion RMM/CREX du mois suivant**
5. **Retenir une action corrective**
6. **La mettre en œuvre dans un délai défini**
7. **Assurer le suivi des actions correctives antérieures**

Le CREX est une instance de décision

Le CREX **décide** de :

- ▶ l'événement à analyser d'ici le prochain CREX ;
- ▶ l'identité de l'analyste responsable de cette analyse ;
- ▶ **l'action corrective à mettre en œuvre** (accompagner une action corrective lourde d'une action simple et visible rapidement)
- ▶ Pour ce choix il s'assure pour chaque action envisagée :
 - du rapport gain/coût et bénéfice/risque ;
 - de sa pérennité ;
 - de son acceptabilité en interne (dans le périmètre) ;
 - de son acceptabilité en « externe »
 - de sa portée
 - de la durée de mise en œuvre

CREX et performance collective

Le CREX permet de changer progressivement notre culture en privilégiant la **recherche de la performance collective** plutôt que celle de la performance individuelle...

« L'enjeu est donc d'évoluer d'une équipe d'experts à une équipe experte »

le webzine de la HAS, 21 janvier 2016

Exemple de retour de REX



Société Française
de Radiothérapie
Oncologique
SFRO

168 centres de **radiothérapie** interrogés en mars et avril 2019.
60 % de réponses



6. Conclusion

→ **Ressenti largement positif à l'égard du CREX**

95 % des répondants considèrent que la démarche apporte des améliorations dans leur organisation

→ **Le temps : le facteur clé**

69 % des réponses

→ **Pas de remise en question des méthodes d'analyse systémique des événements**

63% utilisent principalement la méthode Orion®

→ **Implication de la direction apparaît comme tout à fait primordiale**

30% des réponses

→ **Nécessité de former les gens correctement** et garantir un bon niveau de communication : points fondamentaux cités dans 15% des réponses

Réf. « Les CREX dans les centres de radiothérapie français en 2019 » – Stéphanie NARDIN Olivier DUPONT – oct. 2019

© Société AFM 42 – Tous droits réservés



Le retour d'expérience



L'analyse systémique *d'un évènement*

Plusieurs méthodes d'analyse systémique a posteriori

➤ REMED

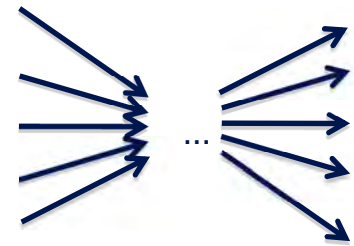
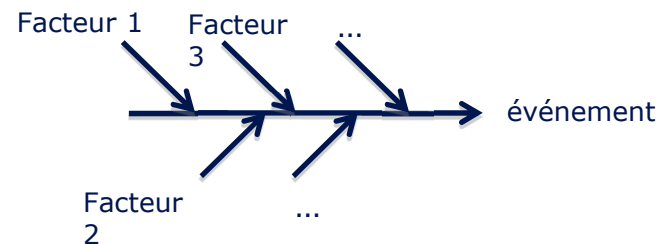
➤ ALARM: Association of Litigation And Risk Management

➤ Arbre des causes

➤ Ishikawa

➤ ORION

➤ MORT, ENEIS, CECQUA, QQCOQP, etc...



Plusieurs méthodes d'analyse systémique :

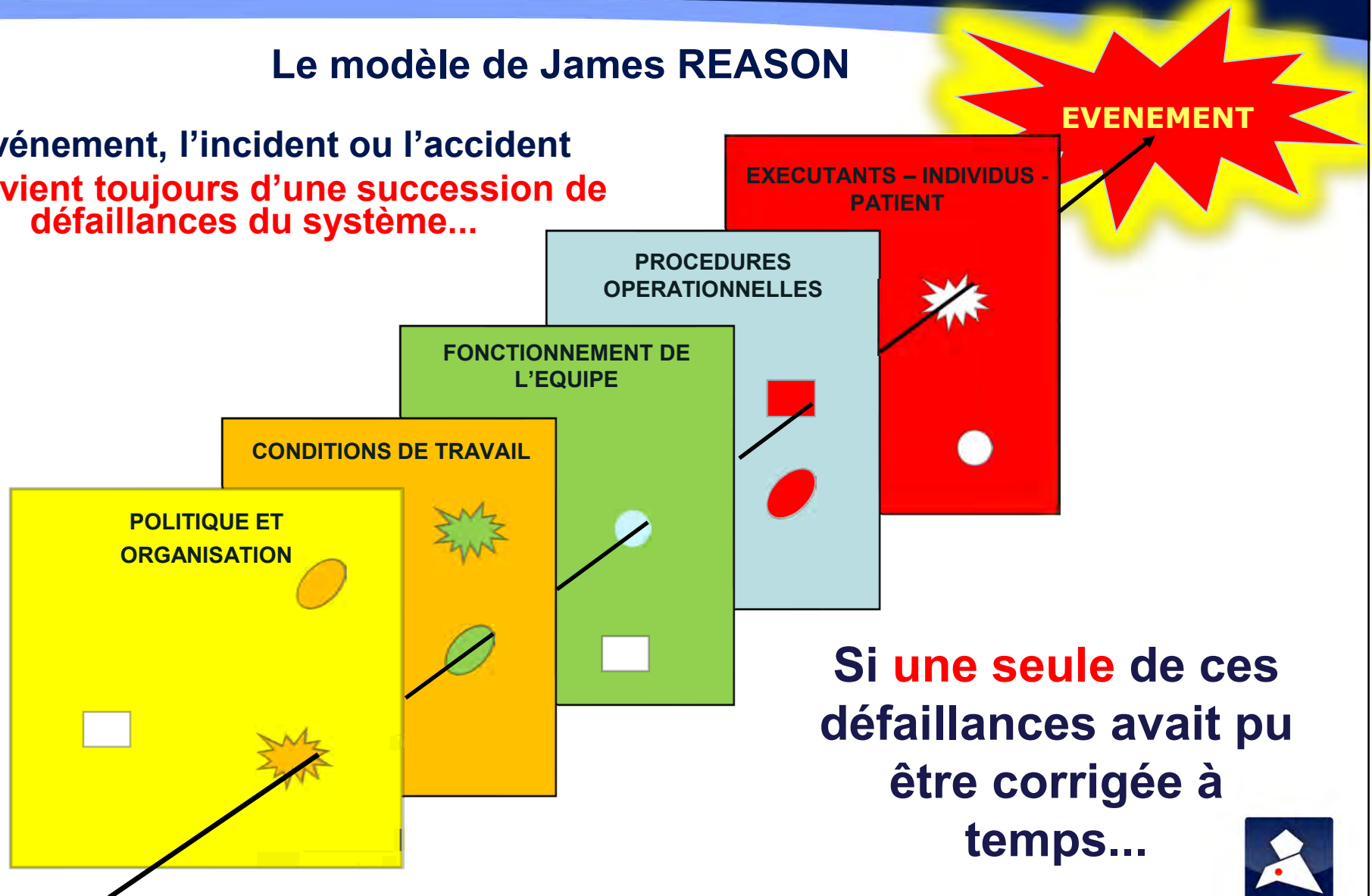
Toutes ces méthodes ont un déroulement assez proche, en plusieurs étapes :

- Les faits
- Les causes
- Les actions correctives

Modélisation du système complexe

Le modèle de James REASON

L'événement, l'incident ou l'accident
provient toujours d'une succession de
défaillances du système...



Si **une seule** de ces
défaillances avait pu
être corrigée à
temps...

Du facteur influent à l'accident

FACTEURS CONTRIBUTIFS
Absence de barrière paravalanche
Skieur hors piste ,randonneur...

Précurseur
Porteur de risque
Événement Indésirable
Événement Indésirable grave

ACCIDENT

FACTEURS INFLUENTS
Météo : Gel, manteau neigeux
Pente de la montagne...

Les facteurs contributifs et influents d'un événement sont les mêmes quelle que soit la nature de l'événement (accident ou porteur de risques)

Plusieurs méthodes d'analyse systémique :

REMEDI	ALARM	Arbres des causes	ORION
Circuit du médicament	Tout EP ou EI	Tout EP ou EI	Tout EP ou EI
Faite en réunion	Par analystes dédiés	Par analystes dédiés	Par analystes choisis du terrain
Reconstituer la chronologie des faits	Déterminer les faits puis leur chronologie	Déterminer les faits Et construire une représentation graphique de leurs enchainements	Déterminer les faits (caméra) puis leur chronologie
EM caractérisée selon : 7 types d'erreurs, 7 étapes de survenues, 5 niveaux de gravité	Collecte des données par une grille de 110 questions parmi 7 domaines	Collecte des données par une grille de 110 questions parmi 7 domaines (méthode ALARM)	Déterminer les faits en écart parmi 4 domaines
Diagnostiquer les causes en 7 familles ALARM puis Produits et données d'entrée	Identifier les facteurs à partir des écarts	Identifier les facteurs à partir des écarts en positionnant de droite à gauche les facteurs vers les facteurs amont	Identifier les facteurs des écarts : Pourquoi ? et encore Pourquoi ?
Déterminer les barrières	Déterminer les barrières	Déterminer les barrières	Déterminer les barrières
			Proposer les actions correctives au CREX
Plan d'action	Plan d'action	Plan d'action	Plan d'action



- Aide à la demande des structures et des professionnels.
- Aide à la méthodologie pour analyser les EI.
- Aide dans la neutralité pour dépassionner l'analyse (et « ne pas jouer les pères fouettards »).

Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS

Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaires à l'analyse approfondie de cet évènement ?

Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ?

Portail de signalement EIGS - Volet 2 :

Aide à la déclaration : Modèle de formulaire

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.

Vous êtes : PROFESSIONNEL_SANTÉ

Vous souhaitez déclarer : EIGS_VOLET2



Les causes immédiates et les causes profondes (facteurs)

Causes immédiates à l'évènement ?	
Facteurs favorisants liés au patient / résident ?	
Facteurs favorisants liés aux tâches à accomplir ?	
Facteurs favorisants liés aux professionnels ?	
Facteurs favorisants liés à l'équipe ?	
Facteurs favorisants liés à l'environnement de travail ?	
Facteurs favorisants liés à l'organisation et au management ?	
Facteurs favorisants liés au contexte institutionnel ?	

Éléments de sécurité ou "barrières"

Mesures "barrières" qui ont fonctionné ?	
Mesures "barrières" qui n'ont pas fonctionné ?	
Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet évènement ?	

Mesures prises et envisagées (plan d'action)

Actions mises en œuvre ou à mettre en œuvre ?	
Suivi des actions prévu ?	
Mesures d'accompagnement du patient et/ou de ses proches ?	

Réalisation de l'analyse

Collectivement ?	
Quelle méthode ?	
Appui d'une expertise ?	

10/12/2019

© Société AFM 42 – Tous droits réservés



Les méthodes d'analyse utilisées

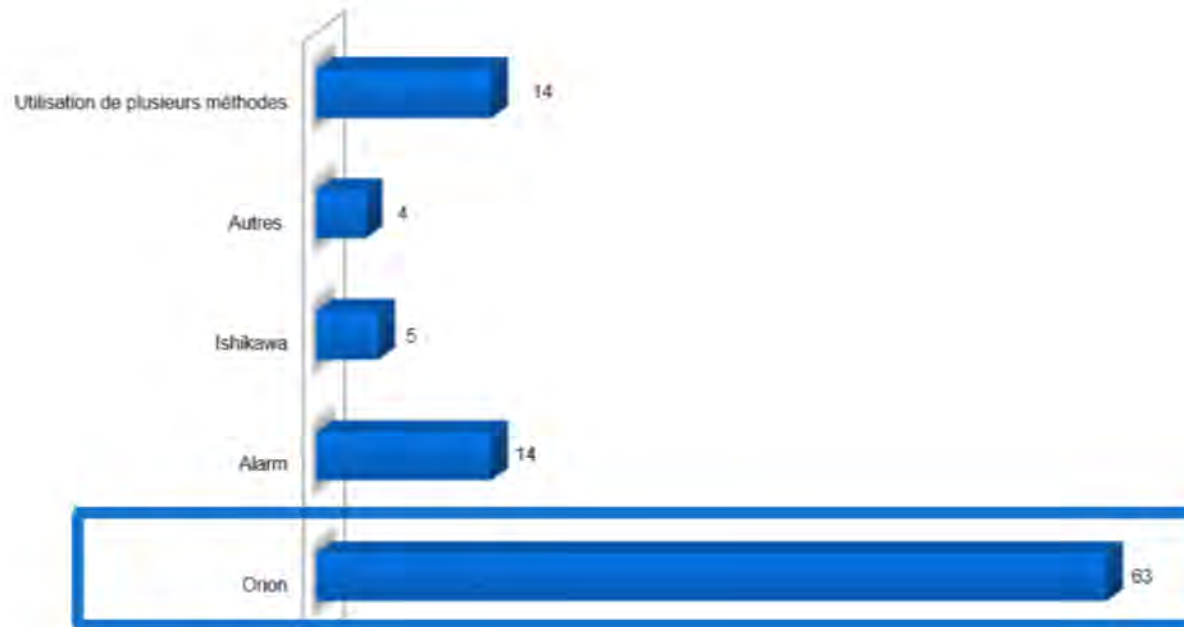


Société Française
de Radiothérapie
Oncologique
SFRO

168 centres de **radiothérapie** interrogés en mars et avril 2019.
60 % de réponses



4. Déclaration et exploitation des EI 2/2



Réf. « Les CREX dans les centres de radiothérapie français en 2019 » – Stéphanie NARDIN Olivier DUPONT – oc. 2019

Le retour d'expérience



L'outil que nous proposons :

**L'analyse systémique
ORION®**

Qu'est-ce que la méthode ORION® ?

- Une méthode **rigoureuse** d'analyse d'événement
- Une méthode dédiée au monde de la santé et adaptée aux systèmes complexes
- Une méthode **accessible** à tous → *par le terrain pour le terrain*
- Une méthode **simple** et la **moins chronophage** possible
- Les analystes sont des **professionnels du terrain** choisis par le CREX
- Seuls, les analystes experts du terrain vont chercher les causes profondes
- Une méthode qui permet de **proposer** des actions correctives concrètes à l'équipe CREX (ou RMM)

Son but : améliorer le système dans son ensemble

Ce que n'est pas la méthode ORION®



La méthode ORION® n'est pas une méthode pour déterminer la responsabilité de chacun dans l'événement étudié

Les 6 étapes d'une analyse ORION®

- Étape I : Collecter les données**
- Étape II : Reconstituer la chronologie de l'événement**
- Étape III : Identifier les écarts**
- Étape IV : Rechercher les facteurs contributifs et les facteurs influents**
- Étape V : Proposer les actions à mettre en œuvre**
- Étape VI : Rédiger le rapport d'analyse**

Et être curieux... et pourquoi pourquoi ?

...avec deux questions : « pourquoi ? » et « était-ce suffisant ? »

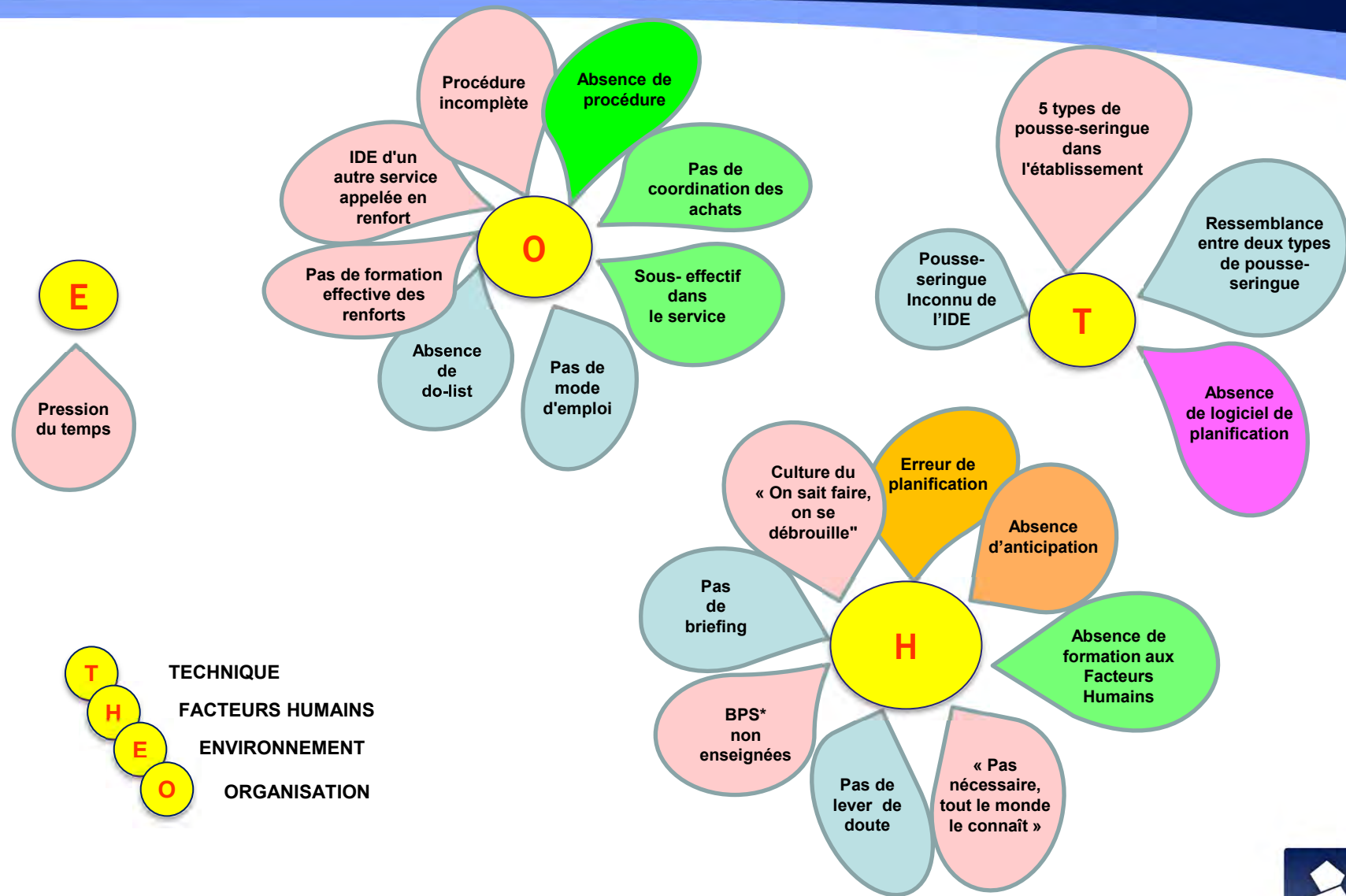


Exemple : erreur de réglage de pousse-seringue de morphine

* BPS : Bonnes Pratiques de Sécurité

© Société AFM 42 – Tous droits réservés

4 grandes familles de facteurs à explorer



* BPS : Bonnes Pratiques de Sécurité

ORION en 6 étapes



Exemple de construction d'une analyse

**Aux urgences, utilisation
d'une bouteille d'air en
pensant avoir affaire à de
l'oxygène**

EVENEMENT: utilisation d'une bouteille d'air en pensant avoir affaire à de l'oxygène						
ANALYSTE : Dominique Dupont						
DATE HEURE	FAITS	ECARTS	FACTEURS CONTRIBUTIFS	FACTEURS INFLUENTS	ACTIONS CORRECTIVES	METIER
Ma 30 21:05	Patient X arrive aux urgences, présenté comme cardiaque par accompagnement famille					
21:08	IDE 1 d'accueil fait le constat d'une détresse respiratoire et bipe INTERNE + IDE 2 urgences					
21:10	Transfert par brancard du patient dans box dispo. Prise en charge par INTERNE, IDE 2, IDE 3 et AS		→ Patient installé dans box non équipé de prises → Patient en pathologie bénigne déjà installé en box équipé de prise → Pas d'analyse de la situation	→ Les box ne sont pas tous équipés de prises → Pas de hiérarchisation dans l'attribution des box → Stress avancé	AC1 : faire une demande d'équipement en prises de tous les boxes AC2 : hiérarchiser l'attribution des box en fonction de la pathologie AC3 : faire une demande de formation aux Facteurs Humains pour tous les personnels du service	AC1 et AC3 : Chef de service AC2 : IDE avec MED
21:12	INTERNE demande une injection de LASILIX et l'administration O ²		→ Absence de répartition des tâches	→ Pas de leadership identifié	AC3	
21:12	IDE 2 va préparer LASILIX					
21:12	IDE 3 reste en assistance de l'INTERNE et demande à l'AS de se procurer O ²		→ Délégation de tâche non organisée → Non prise en compte de la nature médicamenteuse de l'O ²	→ Pratique usuelle du glissement de tâches dans le service	AC4 : enseigner les techniques de délégation/contrôle dans le service AC5 : faire un rappel en réunion de service sur l'utilisation de l'O ²	Cadre
21:15	IDE 2 administre LASILIX					
21:15	L'AS prend une bouteille d'air dans le local du matériel médical		→ Erreur de sélection de bouteille → Bouteilles en vrac et non rangées	→ Local sombre → Eloignement du local → Clés dans l'infirmerie	AC6 : revoir l'aménagement, l'éclairage et le rangement du local de stockage du matériel médical	Cadre
21:16	IDE 3 est appelée au bip pour une autre urgence. Restent INTERNE + IDE 2		→ Absence de passation de consignes	→ Pratique usuelle de l'implicite	AC3	
21:17	Retour AS avec la bouteille. IDE 2 qui termine l'administration de LASILIX demande à l'AS de brancher la bouteille sur le masque.		→ Délégation d'administration non contrôlée → Idem ci-dessus pour O ² → Absence de répartition des tâches	→ Non conscience de la situation → Tunnelisation liée au stress	AC3, AC4, AC5 AC7 : rédiger une répartition des tâches standard prévoyant la nécessité d'un briefing lorsqu'on doit l'adapter ou la préciser	AC7 : IDE
21:18	INTERNE applique masque					
21:22	Etat du patient se détériore rapidement et INTERNE bipe MEDECIN					
21:27	Arrivée MEDECIN et arrêt cardiaque pendant explication de la situation					
21:28	Simultanément à la réanimation, MEDECIN demande l'augmentation débit O ² . IDE 2 intervient sur la bouteille et constate qu'il s'agit d'une bouteille d'air					
21:29	Patient transféré dans box voisin équipé de prise après dégagement d'un patient en pathologie bénigne					
21:32	Patient réanimé					

Synthèse des actions correctives proposées

Actions correctives proposées au CREX par l'analyste		Métier
1	Faire une demande d'équipement en prises de tous les box	Chef de service
2	Hierarchiser l'attribution des box en fonction de la pathologie	IDE avec MED
3	Faire une demande de formation aux facteurs humains pour tous les personnels du service	Chef de service
4	Enseigner les techniques de délégation contrôle dans le service	Cadre
5	Faire un rappel en réunion de service sur l'utilisation de l'oxygène	Cadre
6	Revoir l'aménagement l'éclairage et le rangement du local de stockage du matériel médical	Cadre
7	Rédiger une répartition des tâches standard prévoyant la nécessité d'un briefing lorsqu'on doit l'adapter ou la préciser	IDE
8		
9		



Vous êtes :
PROFESSIONNEL_SANTE

Vous souhaitez déclarer :
ERREUR_MEDICAMENTEUSE



Description de l'erreur

Description * :

8000 caractère(s) restant(s)

Type de l'erreur :

-- Sélectionner une réponse --

Conséquences pour le patient :

8000 caractère(s) restant(s)

précisez l'étape de survenue (prescription, lecture d'ordonnance, préparation, administration, suivi thérapeutique, rangement), la nature (erreur de posologie, de durée, de voie d'administration de médicament, de patient), professionnel(s) impliqué(s), les conditions de survenue, la chronologie des événements. Les actions entreprises sont demandées plus bas dans le champ mesures prises

exemple : administration impossible, consultation médicale, retard d'intervention chirurgicale, etc



Mesures prises

Mesures prises :



Premières évaluations

Cause d'erreur :

- ☐ Similitude de dénomination commerciale/commune
- ☐ Similitude de conditionnement primaire
- ☐ Similitude des comprimés/gélules
- ☐ Manque de lisibilité des mentions de l'étiquetage
- ☐ Informations manquantes, erronées ou confuses (RCP, notice, étiquetage)
- ☐ Présentation inadaptée (conditionnement, dispositif d'administration ...)
- ☐ Autres

Évitabilité :

☐ Oui ☐ Non

25 juillet 2000... accident inévitable ?





Prendre en compte le
Facteur Humain
dans la Gestion des risques

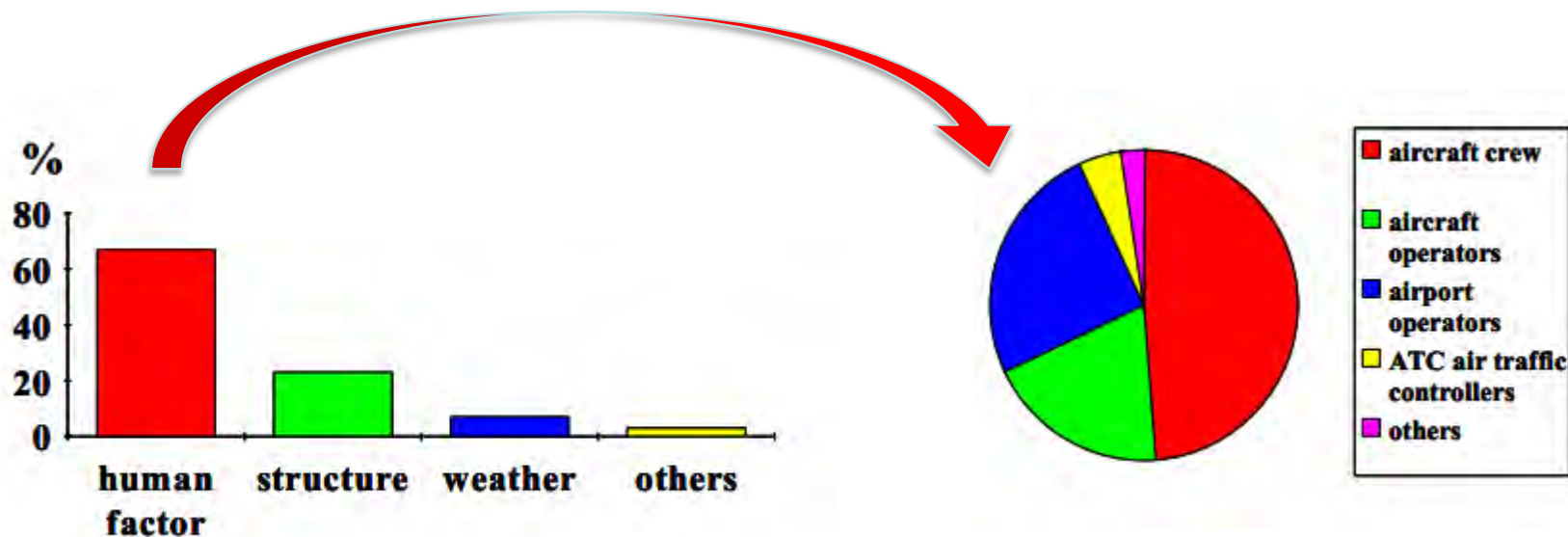
L'erreur est partout, ...par tous



Importance du facteur humain...

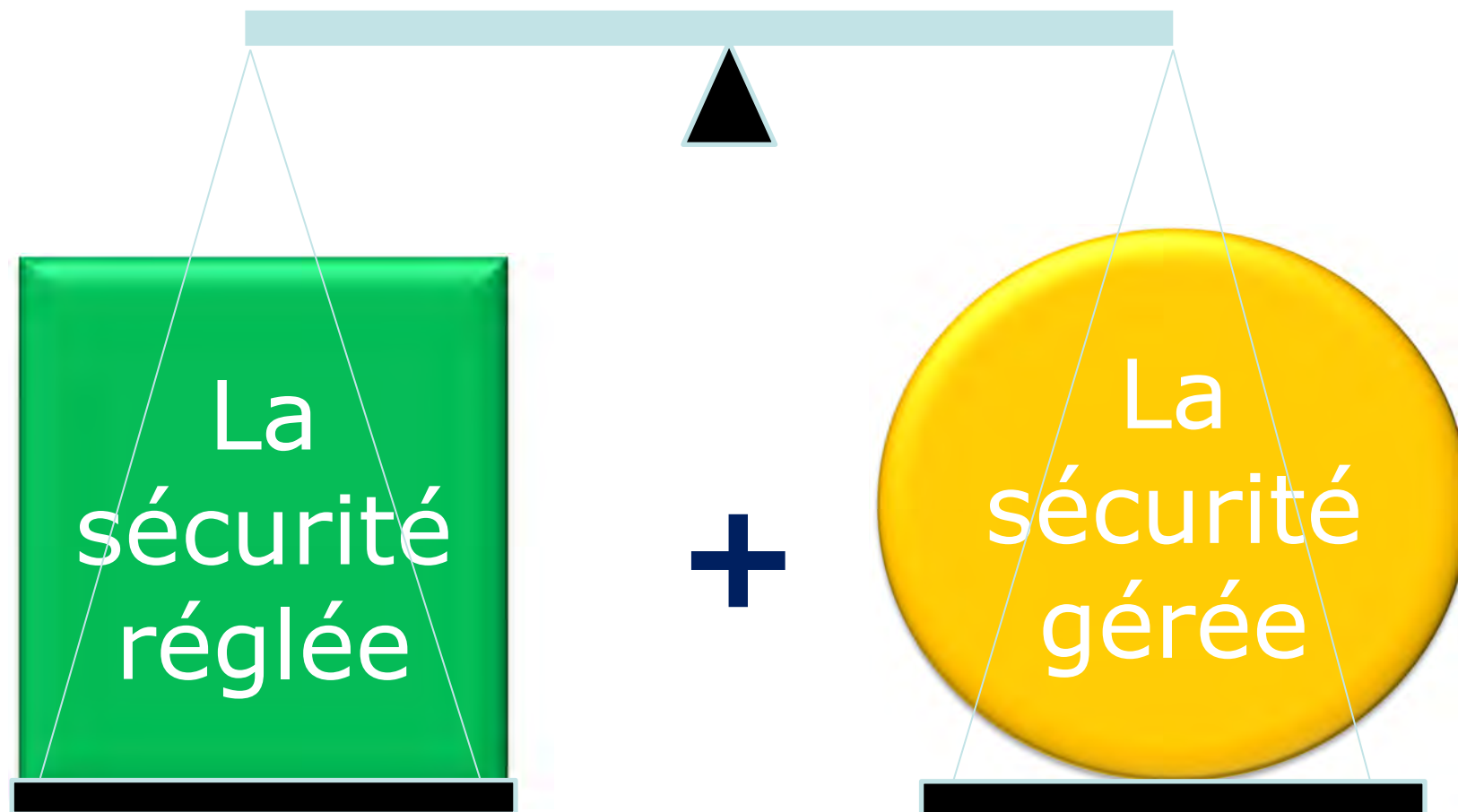
Extrait d'une étude récente sur la sécurité aérienne :

70 - 80 percent of the accidents are caused by human factor and nearly 50 % of them are initiated by the pilots.



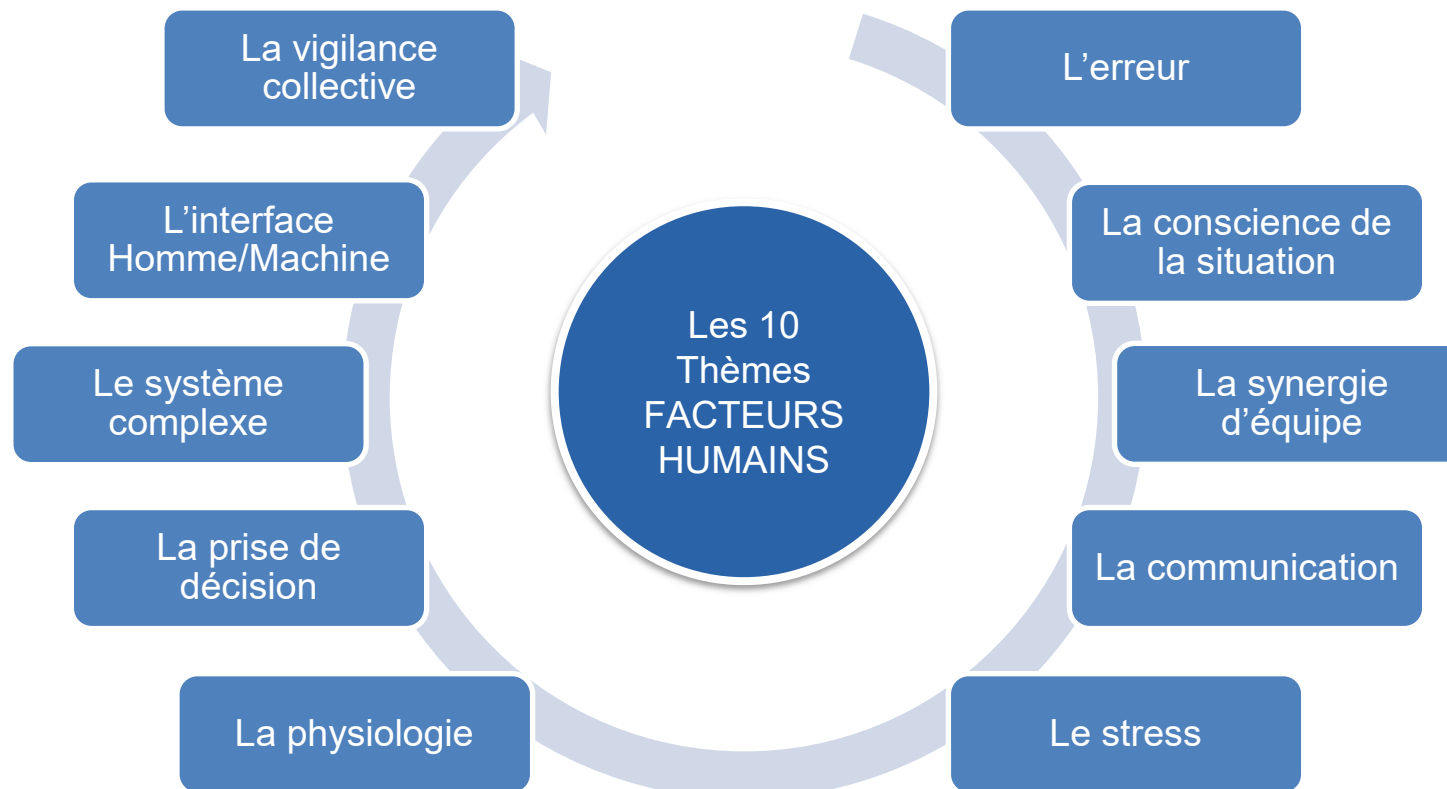
Causes of flight accidents

Le juste équilibre



La prise en compte des Facteurs Humains

- **Travaux universitaires** (*fin années 70 avec la NASA*)
- **Identification de 10 thèmes enseignés progressivement à tous les acteurs de première ligne de l'aéronautique** (*à partir des années 80*)



Importance du Facteur Humain

- Dans toute activité humaine, 80% des causes premières d'accidents sont liées à des erreurs humaines.
- Nécessité de rendre l'activité plus «robuste» et résistante à l'erreur humaine.
- Comment ?
 - En déculpabilisant et positivant l'erreur
 - En développant une démarche de retour d'expérience systémique intégrant la prise en compte du «Facteur Humain».
 - En positionnant les Bonnes Pratiques de Sécurité.

L'homme acteur de fiabilité...

Deux leviers sur lesquels l'homme peut agir :

1. Créer, grâce aux progrès techniques et au travail sur l'organisation, des **environnements et méthodes de travail** générant moins d'erreurs
2. Rendre l'activité humaine plus « robuste » et résistante à l'erreur humaine par des **méthodes de détection des erreurs** avant qu'elles n'aient des conséquences.

*Ces deux leviers font l'objet de la démarche qualité et de **Bonnes Pratiques de Sécurité (BPS)** enseignées lors des formations Facteurs Humains*

Le Facteur Humain

Deux exemples



Une Bonne pratique :
« Le Débriefing »

et

Une vraie cause profonde :
« Le non lever de doute »



Un exemple de Bonne pratique : Le débriefing

Objectif de la pratique :

- Se remettre en cause
- Exprimer et entendre.. **les réussites** et les difficultés rencontrées (*nourrir l'expérience de chacun*)
- Identifier les sources potentielles d'amélioration
- Décider ensemble
- Identifier les événements à signaler
- Evacuer le stress éventuel provoqué par un événement indésirable
- Permettre l'analyse objective et dépassionnée

Le débriefing à chaud

Quand et comment ?

- **Immédiatement après l'activité**
- **Avec tous les acteurs concernés**
- **Adapter la durée aux contraintes temps**



Quels risques si on ne fait pas de débriefing ?

- Stress persistant
- Méfiance entre acteurs
- Focalisation sur l'événement récemment vécu pendant l'activité suivante (*sur-accident*)
- Doutes non levés
- Absence de signalement et d'analyse
- Fort risque de renouvellement des dysfonctionnements

=> Réduction de la synergie d'équipe

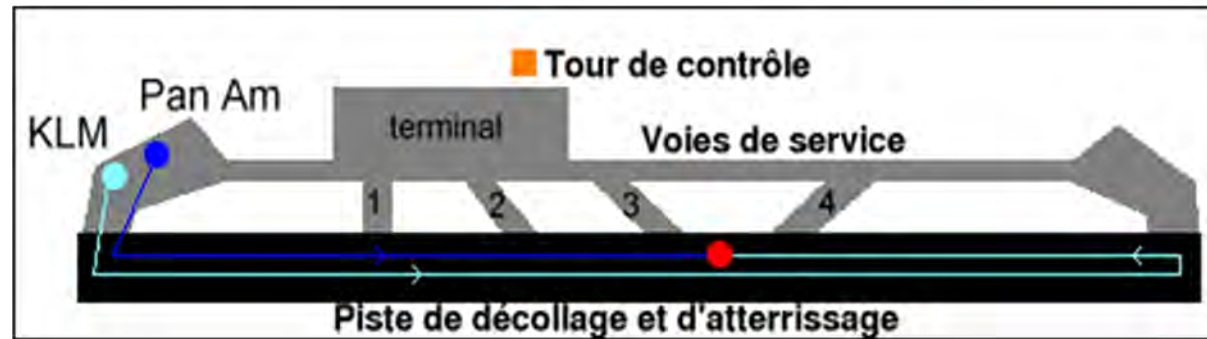
Une vraie cause profonde : « Le non lever de doute »

- **Cause de nombreux évènements et accidents**
- **Retour des entretiens d'analyses des évènements:**
 - « *je n'ai pas osé* »
 - « *je ne voulais pas déranger* »
 - « *il me semblait bien que ..* »
 - « *j'avais bien un doute mais...* »
 - « *pour gagner du temps* »
 - « *il doit savoir* »
- **Absence de double contrôle (contrôle croisé), surconfiance** « *je lui faisais confiance...* »
- **Contrôle croisé non accepté**
 - « *tu ne me fais pas confiance* »
- **Erreurs d'expert ou de novice**

« Le non lever de doute »

- **Cause de nombreux évènements et accidents**
- **Retour des entretiens d'analyses des évènements:**
 - « *je n'ai pas osé* »
 - « *je ne voulais pas déranger* »
 - « *il me semblait bien que ..* »
 - « *j'avais bien un doute mais...* »
 - « *pour gagner du temps* »
 - « *il doit savoir* »
- **Absence de double contrôle (contrôle croisé), surconfiance** « *je lui faisais confiance...* »
- **Contrôle croisé non accepté**
 - « *tu ne me fais pas confiance* »
- **Erreurs d'expert ou de novice**

Ténériffe 27 mars 1977



17 :06 :35 (Copilote KLM) – **Est-ce qu'il a bien dégagé le PanAm ?**

17 :06 :36 (Commandant très agacé) – **Oh oui !**



La synergie par la libre expression du doute

Synergique

SECURITE



→ ajuster le gradient d'autorité

→ et utiliser tous les niveaux d'influence

Conscience
collective
de la situation

Critique

Suggestion

Information

Le doute et le NOGO – Facteurs clés de succès

- **Savoir susciter le doute**
- **Avoir toujours le doute raisonnable**
- **Oser se dire :**
 - ➔ *« Je fais confiance **et** je vérifie »*
- **Ne jamais négliger un doute**
- **Stopper : « NO GO ! » « STOP ! »**
- **Vérifier et lever le doute :**
 - ➔ *« J'entends et on vérifie »*

.... On est tous mieux après !

EVENEMENT : Erreur de côté évitée juste avant l'incision			Analyse Evènement : « Erreur de côté au bloc »			
ANAYSTES : Chir + IDE						
DATE HEURE	FAITS	Ecart	FACTEURS CONTRIBUTIFS	FACTEURS INFLUENTS	ACTIONS CORRECTIVES	ENTITE
M-1	Le patient consulte Chir A en prévision intervention sur cancer poumon gauche					
	Chir A planifie une intervention 1 mois plus tard					
J -1	Technicien réalise le scan de contrôle préopératoire					
J-1	Chir 1 constate au scan la présence d'une nouvelle masse suspecte à droite					
J-1	Chir A et l'équipe chirurgicale décident de prélever la masse à droite pour une extempo per opératoire puis de réaliser ou non une lobectomie gauche en fonction du résultat de l'extempo					
J-1	Elève IDE prend en charge le patient					
J0	Elève IDE accompagne le patient au bloc pour assister à l'opération					
9h	L'équipe du bloc accueille le patient					
9h05	IADE réalise la check list avant induction					
9h06	IADE demande la confirmation du coté gauche					
9h10	Le Chir A, absent pour raisons personnelles, est remplacé ce jour par Chir B					
9h15	Le Chir B initie la Check List avant intervention					
9h16	IBODE fait la check list avant intervention à voix haute et confirme le coté gauche à opérer					
9h17	EIDE émet un doute sur le coté à opérer lors de la check list					
9h18	Chir B se stérilise et va vérifier sur le dossier patient informatique					
9h25	Le compte rendu et l'imagerie confirment le coté gauche					
9h26	Chir B interroge l'élève IDE.					
9h27	Elève IDE répond que le patient lui avait dit qu'il avait une masse à droite à analyser					
9h28	Chir B appelle la Cadre du service pour lui demander si le Chir A lui avait parlé d'un changement de côté					
9h29	La cadre confirme qu'un scan datant de moins d'une semaine indique une masse à droite et qu'il est bien prévu un prélèvement à droite avant toute autre intervention					
9h33	La cadre récupère le compte rendu papier du scan dans le bureau du chir A absent et le faxe au bloc					
9h35	Le compte rendu papier confirme la présence d'une masse à droite avec demande d'analyse					

EVENEMENT : Erreur de côté évitée juste avant l'incision			Analyse Evènement : « Erreur de côté au bloc »			
ANAYSTES : Chir + IDE						
DATE HEURE	FAITS	Ecart	FACTEURS CONTRIBUTIFS	FACTEURS INFLUENTS	ACTIONS CORRECTIVES	ENTITE
M-1	Le patient consulte Chir A en prévision intervention sur cancer poumon gauche					
	Chir A planifie une intervention 1 mois plus tard					
J -1	Technicien réalise le scan de contrôle préopératoire					
J-1	Chir 1 constate au scan la présence d'une nouvelle masse suspecte à droite		> Le compte rendu du scan n'est pas enregistré dans le dossier informatisé > Impossibilité technique d'enregistrement	> Scan effectué dans un autre établissement avec un autre logiciel non relié au CHU	AC1: Enregistrer systématiquement dans les logiciels du CHU les examens réalisés à l'extérieur	Chef de pôle
J-1	Chir A et l'équipe chirurgicale décident de prélever la masse à droite pour une extempo per opératoire puis de réaliser ou non une lobectomie gauche en fonction du résultat de l'extempo		> Absence de modification de la planification opératoire > Décision tardive > Pas d'outil pour informer du changement	> Absence d'affectation de la tâche de planification	AC2: Mettre en place une procédure de modification d'intervention	Chirurgien
J-1	Elève IDE prend en charge le patient					
J0	Elève IDE accompagne le patient au bloc pour assister à l'opération					
9h	L'équipe du bloc accueille le patient					
9h05	IADE réalise la check list avant induction					
9h06	IADE demande la confirmation du coté gauche		> Question induisant une réponse dirigée > Non conscience du risque	> Patient angoissé > Bonne pratique de communication sécurisée non en place > Absence de culture du doute	AC3: Former le personnel IADE à la communication sécurisée AC4 Former le personnel à la culture du doute et du NOGO	Cadre IADE Cadre de bloc
9h10	Le Chir A, absent pour raisons personnelles, est remplacé ce jour par Chir B		> Pas de transmission du remplacement > Pas de briefing renforcé en lien avec le remplacement	> Absence de Chir A de façon inopinée > Pas de conscience du risque	AC5: Conduire une réflexion sur les risques associés aux absences inopinées AC6 Mettre en place une procédure de communication systématique et sécurisée en cas d'absence inopinée	Chef de pôle Chirurgien
9h15	Le Chir B initie la Check List avant intervention					
9h16	IBODE fait la check list avant intervention à voix haute et confirme le coté gauche à opérer		> Pas de réelle vérification > Dossier informatisé non à jour		AC1, AC2, AC4	Chef de pôle Chirurgien
9h17	EIDE émet un doute sur le coté à opérer lors de la check list					
9h18	Chir B se stérilise et va vérifier sur le dossier patient informatique					
9h25	Le compte rendu et l'imagerie confirment le coté gauche					
9h26	Chir B interroge l'élève IDE.					
9h27	Elève IDE répond que le patient lui avait dit qu'il avait une masse à droite à analyser					
9h28	Chir B appelle la Cadre du service pour lui demander si le Chir A lui avait parlé d'un changement de côté					
9h29	La cadre confirme qu'un scan datant de moins d'une semaine indique une masse à droite et qu'il est bien prévu un prélèvement à droite avant toute autre intervention					
9h33	La cadre récupère le compte rendu papier du scan dans le bureau du chir A absent et le faxe au bloc					
9h35	Le compte rendu papier confirme la présence d'une masse à droite avec demande d'analyse					

Les Facteurs Humains, *points clés* (1)

- La prise en compte des Facteurs Humains à **tous les niveaux** de la gestion des risques est nécessaire
- La **gestion de l'erreur humaine** nécessite un haut degré de **remise en cause** par les organisations
- La **séparation des erreurs, fautes ou violations** constitue une première étape essentielle
- La **sensibilisation de l'ensemble des équipes** à ces concepts est nécessaire
- Chacun doit construire son activité en **envisageant l'erreur** comme possible

Les Facteurs Humains, *points clés* (2)

La prise en compte des Facteurs Humains, par la mise en place de Bonnes Pratiques de Sécurité, permet de :

- **Réduire** significativement l'apparition d'environnements favorables à la survenue d'erreurs
- **Détecter** les erreurs avant qu'elles aient des conséquences
- Modifier les **attitudes et comportements** quotidiens de chacun

Les Facteurs Humains, *points clés* (3)

- Dans toute activité, comprendre les Facteurs Humains
 - pour **soi**
 - pour **l'équipe**
 - pour **les équipes**

- S'approprier les concepts FH dans
 - **l'élaboration** des processus
 - **l'activité** au quotidien
 - la démarche du **retour d'expérience**
 - l'élaboration des **actions** d'amélioration



Les Bonnes Pratiques de Sécurité

Les Bonnes Pratiques de Sécurité

EN COMMUNICATION

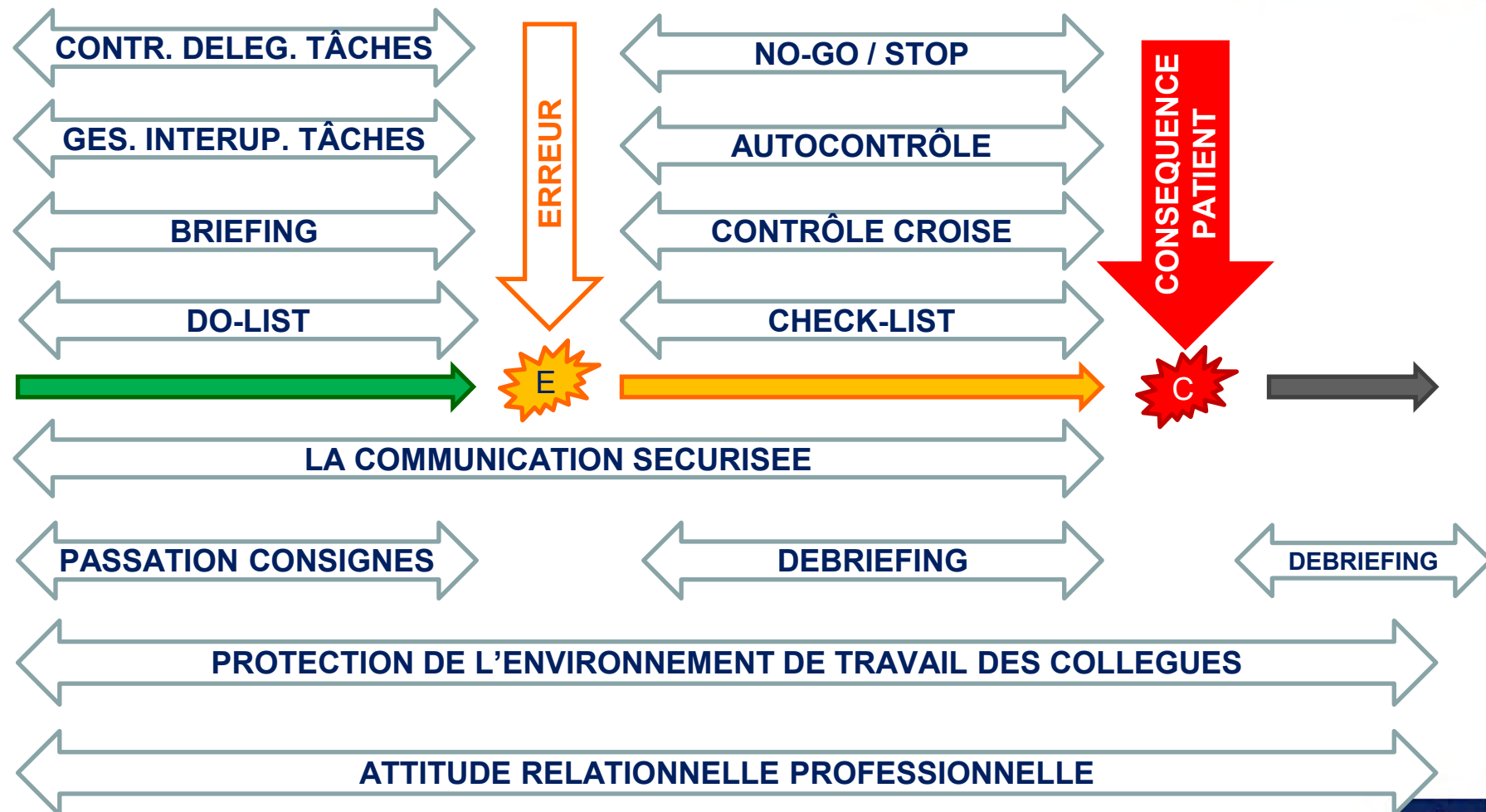
- La professionnalisation de l'attitude relationnelle
- Le briefing
- La check-list
- La do-list
- La communication sécurisée
- La passation des consignes
- Le débriefing

DANS L'ACTION

- La protection de l'environnement de travail des collègues
- La gestion de l'interruption de tâches
- La répartition des tâches
- Le contrôle croisé
- L'autocontrôle
- La délégation /contrôle de délégation
- Le "NO GO" (stop)

Voir également les fiches 28 et 29 du guide HAS de mars 2012

Où positionner les BPS ?





Conclusion

L'essentiel du REX

- ▶ Quelque soit notre compétence, notre sérieux, notre expérience, notre métier, **nous ferons des erreurs.**
- ▶ La Santé comme l'Aérien sont des **systèmes complexes** sur lesquels pèsent de multiples organisations humaines, qui amènent de très **nombreux évènements** inattendus et indésirables.
- ▶ Ces deux constats incitent plus à trouver les moyens de rendre le **système robuste aux erreurs** qu'à éradiquer les erreurs.
- ▶ Pour ce faire, il faut une méthode aussi peu chronophage que possible qui se veut : **simple et accessible à tous, modeste mais invasive, organisée par le terrain pour le terrain.**
- ▶ La clé est que **tous** regardent et écoutent le système, entendent ce qu'il dit et **rapportent sans crainte** ce qui a été vu et entendu.

Il faut savoir « descendre de son vélo » et se regarder « pédaler »

En conclusion sur la démarche REX

- Déculpabiliser, installer la **Confiance**, **Partager** et **Profiter** des erreurs
 - Travailler les **Précurseurs**
 - **Faire simple** et le moins chronophage possible
 - Aller chercher dans le système les **causes profondes**
 - Ne pas tout faire mais **aller au bout de ce qu'on a décidé**
 - Tant que l'action corrective n'est pas **en place**, on n'a rien fait
 - **Communiquer** largement
- et*
- Former aux **Facteurs Humains** et aux **Bonnes Pratiques de Sécurité**
 - Développer le Maintien de compétences par la **Simulation**
 - Rendre l'acteur son **propre Gestionnaire des risques**



***Merci
de votre attention***

dominique.arickx@afm42.fr